

アレルギー問診表

氏名 _____ 歳 (男・女) _____
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の質問にお答えください。

- 1) 薬・注射・食物アレルギーを起こした事がありますか。 (はい・いいえ)
それはどんな薬剤または食べ物ですか。
(_____)
どのような症状が出ましたか。
(_____)
- 2) 喘息、じんましん、花粉症などのアレルギー性疾患にかかったことがありますか。 (はい・いいえ)
はいの方は、何の病気か教えてください。(_____)
- 3) 手術や抜歯の時の麻酔で気分が悪くなったり、湿疹がでたり、ショックを起こしたことがありますか。 (はい・いいえ)
- 4) 医師や歯科医に使用するにあたって注意するように言われた薬はありますか。 (はい・いいえ)
- 5) 飲み薬、ぬり薬、座薬、注射、検査のための薬など、気分が悪くなったり、かぶれたり、「くすりまけ」をしたことがありますか。 (はい・いいえ)
- 6) ※上記 3)4)5)で はい 答えられた方は、その薬の名前とその時の様子をお書きください。
(_____)
- 7) 現在当院で出された薬以外に使用している薬がありますか。 (はい・いいえ)
※ はいと答えた方は、薬の名前をお書きください。(_____)
- 8) 薬が原因で血液異常や肝機能障害等の異常をきたした事がありますか。
(はい・いいえ)
※ はいと答えられた方は、その薬の名前とその時の様子をお書きください。
(_____)
- 9) 食べ物を食べて気分が悪くなったり、湿疹が出たことがありますか。
(はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。

松山ベテル病院

2017.5